BAUER BANDAGE

materiales sanitarios basados en carbono activado en microfilamentos y en la bomba osmótica

DESHISCENCIA DE HERIDA POSTOPERATORIA
Dehiscencio vulneris postoperativam

MARCO RECOMENDADO PARA EL TRATAMIENTO
empleando el producto sanitario Bauer Bandage (en adelante BB)

Este texto sirve de introducción en la problemática del tratamiento del tipo de defecto de tejido indicado más arriba. Contiene una información básica y recomendaciones para la aplicación de la cobertura absorbente, basada en carbono activado en microfilamentos, cuyo efecto se ve potenciado por la presencia del compuesto difusor activo en forma de textil sin tejer, fabricado de una mezcla de fibras predefinida.

La cobertura absorbente BB basada en carbono activado es conveniente para el tratamiento de deshiscencias de heridas postoperatorias a fin de su curación o su eventual preparación para la resutura.

El tratamiento mediante cobertura activada con contacto directo de la capa de carbono con la superficie de la herida difiere sustancialmente, en algunos sentidos, de los principios habituales y generalmente recomendados para el tratamiento de heridas en condiciones de asepsia clásica. Por ello condideramos conveniente dedicar atención a las diferencias fundamentales.

Condición del mantenimiento permanente del ambiente de solución de agua (la llamada "cura de heridas húmeda")

Para que la capacidad absorbente de BB se pueda manifestar en toda su amplitud y a largo plazo en la terapia de la deshiscencia de herida operatoria, hace falta asegurar, durante todo el período del tratamiento, que la masa de la cobertura de absorción se mantenga en un ambiente de fase líquida de una solución de agua. Utilizando la terminología en la práctica terapéutica se trata entonces más bien de una "compresa" y no de una "venda". En la práctica esto quiere decir que hace falta suministrar permanentemente agua destilada estéril, o eventualmente otra solución estéril conveniente, a ser posible incolora (solución fisiológica, permanganato de potasio), mediante una inyección repetida o vertiéndola cuidadosamente del exterior en la capa osmótica activa o en la capa exterior auxiliar absorbente BB (capa blanca de textil sin tejer de "cobertura"), compensando así el agua evaporada u otras pérdidas provocadas de otra forma. No hace falta, y muchas veces ni es oportuno, descubrir la superficie del defecto a la hora de añadir agua, alterando así el proceso de la curación. Si se procede de esta forma no existe el peligro de introducir otros agentes infecciosos en la herida. La cooperación entre la capa de absorción y la capa de difusión activa crea una barrera eficaz para la penetración de microbios en la base de la herida del exterior. La capa de difusión activa asegura una caída concentrada con efecto de "bomba" que actúa en sentido desde la superficie de la herida hacia el exterior, mientras que la capa de absorción retiene la mayoría de las partículas infecciosas. Finalmente, las que aún así logren penetrar hasta la superficie de la herida, no encontrarán nutrientes para su multiplicación, siempre que apliquemos debidamente la cobertura de absorción.

Indicación del cambio de cobertura

El impulso imperativo para el cambio de la cobertura BB es (si se respetan consecuentemente los principios citados anteriormente), el agotamiento de la capacidad absorbente de la capa de carbono activo. Este se produce dependiendo de la cantidad de partículas retenidas, de su carácter, del dinamismo de la exudación y del carácter del exudado. El agotamiento de la capacidad de absorción se puede detectar si se observa color

en la capa de difusión activa del textil sin tejer. Cuando comienzan a penetrar por la capa de carbono sustancias que la colorean (sangre, albúmina, pus, etc.) hace falta cambiar la cobertura inmediatamente, ya que en este estado ya no es funcional. En vista de que el color más habitual es amarillo (exudado, líquido de los tejidos), no se recomienda utilizar en estos casos (cambio de cobertura a base de evaluación visual) para humedecer la BB soluciones coloradas (por ejemplo, la solución amarilla de Ringer), cuya aplicación podría dificultar la evaluación correcta del estado de la capacidad de absorción. La posibilidad de control del estado de la cobertura activa de la herida en base a la BB es aplicable únicamente si la herida está bajo control permanente e intenso de la persona responsable, y la necesidad de cambio de cobertura puede ser detectada a tiempo y con toda seguridad, al observar la penetración de sustancias indeseables en la parte superior de la capa de carbono.

En todos los casos restantes se procede a la aplicación de BB en armonía con el esquema recomendado para el tratamiento de heridas, y el cambio de la cobertura de absorción se lleva a cabo de acuerdo con el cronograma en este esquema indicado por el productor en el manual detallado para coberturas con grosor diferenciado de la capa de textil sin tejer. En este caso se pueden utilizar soluciones coloradas. El esquema cuenta con una reserva de tiempo suficiente antes del agotamiento de la capacidad de absorción. Hace falta dedicar especial atención a la herida en la fase inicial de la terapia, cuando son mayores los requerimientos en cuanto al cambio de cobertura y suministro de agua. Cada herida ha de ser considerada de forma individual y hay que dedicarle un esmero intenso hasta el momento cuando el profesional sanitario está seguro de que se ha estabilizado la herida con transición a la fase de curación – únicamente después se puede pasar a la rutina de uno de los esquemas recomendados.

Control visual del efecto

Cabe tener en mente que al emplear la venda BB no aplicamos una cobertura clásica estéril de carácter pasivo, sino que se trata de un nuevo (y sustancial) elemento activo en la terapia compleja. La fase inicial del tratamiento, debido a la presencia de esta "actividad" suele durar, a diferencia de otros materiales utilizados, mucho menos tiempo, dependiendo del carácter y amplitud de la herida desde decenas de minutos hasta varias horas. Por ello es conveniente al final, después de haber aplicado el BB, descubrir la capa al menos parcialmente y controlar con la vista cuál es la reacción de la herida ante la aplicación del BB. Muchas veces, en unos pocos minutos, se puede observar el efecto que resulta en la reducción de la inflamación, desaparición del eritema en los contornos y de otras señales de inflamación (si es que fueron detectadas con anterioridad). El efecto averiguado mediante este control hecho a tiempo puede servir de primera señal de que el tratamiento fue iniciado correctamente y que el mecanismo de absorción potenciada por la difusión ha sido puesto en marcha con éxito.

Primera asistencia

1. Realizamos una consecuente limpieza mecánica de la herida y procedemos a retirar los puntos.
2. La superficie de la piel no afectada en los contornos de la herida la atendemos preventivamente contra la maceración untándola con una capa fina de una conveniente crema neutral.
3. Hundiendo el BB en un platillo con una solución estéril conveniente saturamos el BB debidamente – debajo de la superficie apretamos suavemente todas las capas del BB para hacer salir las pequeñas burbujas de aire. Adaptamos cuidadosamente el BB recortando los bordes para poder colocarlo en la herida y para que no puedan surgir pequeñas superficies sin contacto o incluso espacios llenos de aire, en heridas más profundas procdemos a rellenar la cavidad con gasa BB húmeda, así la asistencia tiene un carácter de "taponamiento".

4. Presionamos cuidadosamente el BB en la herida, mas debemos ser precabidos para no causarle dolor al paciente. Volvemos a asegurarnos de que entre la capa de absorción y la superficie de la herida no ha quedado ningún aire que pudiera dificultar la función de la cobertura activa.
5. Volvemos a añadir solución con ayuda de una inyección en la capa exterior osmóticamente activa, ya que parte de la solución pudo haber sido expulsada mediante la manipulación realizada anteriormente.
6. Debemos asegurarnos de que el paciente no se queja del aumento del dolor que puede derivarse del contacto con la capa de carbono activa del BB. Al cabo de unos minutos apartamos con ayuda de una pinza una de las puntas del BB para observar el estado de la herida. Volvemos a controlar si no se ha producido la retención de aire debajo de la capa de absorción e intentamos evaluar la reacción de la herida. Una vez eliminadas las deficiencias posibles desde el punto de vista de la adhesión, presencia de aire, etc., debemos averiguar asimismo si el tejido no reacciona de forma indeseada. Volvemos a cubrir la herida y procedemos al último paso de la asistencia.
7. Fijamos el BB con ayuda de un material ligero, seco, estéril y permeable (y donde no forme parte del BB la capa exterior de cobertura de textil sin tejer, añadimos compresas de gasa o de otro material similar), procedemos a una fijación muy cuidadosa (esparadrapo o venda de gasa).

Cambio de venda

1. Con mucho cuidado apartamos una de las puntas del BB paras ver si no se ha producido la adhesión de la capa de carbono activa a la herida. Si así fuera, se trata de una señal alarmante de suministro insuficiente de solución y el no respeto del principio de la terapia en ambiente húmedo.
2. En caso de no averiguar esta complicación, volvemos a repetir todos los pasos de la primera asistencia. Dedicamos especial atención a la manipulación con el BB. Esto se refiere a la cobertura con capacidad de absorción agotada a la hora de retirarla, así como a la nueva cobertura que estamos aplicando.
3. Si averiguamos la complicación de mayor adhesión (capa pegada) del BB a la herida, debemos dejar de cualquier intento por retirar la cobertura de absorción y volvemos a añadir repetidas veces y en cantidad abundante una solución estéril y esperamos varios minutos hasta que el BB se despegue por completo. Tan sólo después procedemos a retirarla cuidadosamente. Luego volvemos a repetir los pasos de la primera asistencia.
4. Si perduran señales locales de infección microbial después de tres días desde la primera aplicación del BB, debemos reconsiderar si la dosis total de antibióticos es suficinte o modificamos la actual terapia de ATB en armonía con los resultados.
5. El cambio de cobertura lo realizamos según la curación después de 24 horas aproximadamente, aumentando paulatinamente los intérvalos entre los cambios de cobertura.

Si la herida se calma, desaparece la exudación y no se manifiesta infección alguna, el médico terapeuta debe considerar si es conveniente proceder a la resutura. Si ésta se realiza, procedemos a cubrir la herida postoperatoria con el BB aplicado como cobertura seca (véase empleo preventivo del BB en la cirugía).

En vista a la amplitud del espectro de indicación del material arriba indicado, se pone mucho énfasis en la evaluación individual de la evolución de la herida – o defecto del tejido con aplicación de la capa de absorción activa por el asistente profesional, de manera que el texto de este Modo de empleo no puede sustituir plenamente la propia erudición del terapeuta.